

Lasarettet i Ystad

Patientsäkerhetsberättelse för Lasarettet i Ystad År 2023



Datum: 2024-02-12

Ansvarig för innehållet: Jonas Wrigstad (chefläkare) och Martina Lundmark (chefsjuksköterska)

Inledning

I enlighet med PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa:

Socialstyrelsen ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024”

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

I syfte att förtydliga har mindre justeringar i inledning och bilaga genomförts, 2022-05-18.

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar.....	6
Samverkan för att förebygga vårdskador.....	7
Informationssäkerhet.....	8
Strålskydd	9
En god säkerhetskultur.....	10
Adekvat kunskap och kompetens	11
Patienten som medskapare	14
AGERA FÖR SÄKER VÅRD.....	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	18
Tillförlitliga och säkra system och processer	19
Säker vård här och nu.....	20
Stärka analys, lärande och utveckling	21
Avvikelse	21
Klagomål och synpunkter	22
Öka riskmedvetenhet och beredskap	23
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	24

SAMMANFATTNING

År 2023 har inneburit fortsatta utmaningar för Lasarettet i Ystad gällande framför allt bemanning och vårdplatser vilket också återspeglar sig ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Inom förvaltningen har antalet tillgängliga vårdplatser periodvis varit för lågt vilket förorsakat långa vistelsetider på akutmottagningen och överbeläggningar på vårdavdelningarna. Situationen med färre tillgängliga medarbetare och ökade vårdbehov ser ut att kvarstå och t.o.m. förvärras framöver.

För att hantera detta krävs ett förändrat arbetssätt att bedriva hälso- och sjukvård, bland annat genom Nära vård, korttidsvård och mobila team. Med syfte att skapa en samsyn om utmaningar och vägen framåt har förvaltningen under det gångna året haft en förstärkt medicinsk ledningsgrupp, som har träffats med stor regelbundenhet, för att kunna ta behövliga beslut om omställningar. Förvaltningens medarbetare och chefer har under tiden visat stor förmåga att även under stora omställningar arbeta såväl proaktivt som reaktivt för att skapa en god och säker vård. Patientsäkerhetsarbetet drivs med fokus på kontinuitet och långsiktighet inom flera olika områden där verksamheterna var för sig och i samverkan arbetat för att patientsäkerheten ska öka.

Lasarettet i Ystad anmälde 10 händelser enligt lex Maria under år 2023. Detta är en minskning med 8 st jämfört med 2022. Av de ärenden som anmäldes rörde 60 % risk för allvarlig vårdskada och 40 % inträffad allvarlig vårdskada, vilket är i paritet med tidigare år. Riskförebyggande arbete sker på många olika sätt bland annat via lärande från avvikelser, kompetensutveckling för medarbetare samt informationsutbyte i olika forum och lasarettsovergripande nätverk. Fokus under 2023 har varit interprofessionellt lärande samt ett fördjupat samarbete mellan enheterna.

Under våren 2023 deltog Lasarettet i Ystad i den punktprevalensmätning som arrangeras av europeiska smittskyddsmyndigheten för att mäta förekomsten av VRI. Denna mätning var omfattande och har gett viktig information om såväl förekomst av VRI som följsamhet till riktlinjer för antibiotikabehandling och profylax. Denna mätning kommer mynna ut i en regional handlingsplan som sedan kommer anpassas lokalt.

Vidare har ett omställningsarbete och en utfasning av bemanningslösningar inletts inom förvaltningen, detta som en del i att på sikt säkerställa yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet samt öka kontinuiteten i vården. Med utgångspunkt i utfasningen av bemanningslösningar under året har konsekvensbeskrivningar ur ett patientsäkerhetsperspektiv tagits fram. De flesta vårdenheter påverkas direkt eller indirekt, men där medicinavdelningen, akutmottagningen och intensivvårdsavdelningen är de vårdenheter som påverkas mest pga. en relativt stor andel bemanningssjuksköterskor.

Som en konsekvens av den nya förvaltningsindelningen har lasarettet under året upprättat ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och fattat beslut om en ny patientsäkerhetsorganisation där roller och ansvar förtydligats i den nya organisationen med det övergripande syftet att säkerställa ett patientsäkerhetsarbete med hög kvalitet.

Under 2024 och framåt kommer viktiga steg tas för att stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet, bland annat i form av patientsäkerhetsdialoger på verksamhetsnivå samt utformandet av handlingsplaner inom verksamhetsområdena som också utgör grunden för den förvaltningsövergripande handlingsplanen inom patientsäkerhet. Dessa utgår alla från Socialstyrelsens ”Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024” och kommer vara baserade på de GAP-analyser inom patientsäkerhet som utförts på verksamhetsnivå under 2023.

Ett annat viktigt fokusområde för att stärka patientsäkerheten är att fortsätta utveckla den personcentrerade vården och patientdelaktigheten på olika nivåer. Detta kommer bland annat ske genom

att aktivt inhämta patienters erfarenheter av vården via patientenkäter samt medverka i förbättringsarbete.

Urval av viktiga händelser på LiY under 2023

- Ett eget förvaltningsövergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har upprättats
- En ny patientsäkerhetsorganisation där roller och ansvar förtydligas har utarbetats i syfte att säkerställa ett patientsäkerhetsarbete med hög kvalitet
- Ett omställningsarbete och en utfasning av bemanningslösningar har inletts i syfte att på sikt säkerställa yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet samt öka kontinuiteten i vården.
- Ökat fokus på kompetensutveckling för medarbetare samt implementering av Kompetens och Tjänstemodellen för sjuksköterskor.
- Fortsatt fokus på implementeringen av ramverket för magnet vilket bidragit till ett fördjupat samarbete mellan enheterna, rekryteringsmöjligheter samt åtskilliga förbättringsarbeten på enheterna.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

För att kunna nå den nationella visionen ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

Engagerad ledning och tydlig styrning

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Som en del av anpassningen av den nya förvaltningsstrukturen har Lasarettet i Ystad under 2023 upprättat ett eget ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Här tydliggörs grundförutsättningarna för styrning och ledning samt hur det systematiska kvalitetsarbetet är uppbyggt.



Övergripande mål och strategier

I enlighet med PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1-3 §

Lasarettet i Ystad har att förhålla sig till olika lagar, nationella föreskrifter, regionala mål, policyer och budget. Tillsammans utgör dessa en ram som reglerar förvaltningens verksamhet samt ger signaler om hur den bör inriktas för att skapa en god kvalitet. På regional nivå styr regionfullmäktige genom att besluta om mål och budget, planer, policyer och andra dokument som ger signaler samt anger inriktningen och kvaliteten för verksamheten.

I den årliga verksamhetsplanen formulerar förvaltningen egna mål som ligger i linje med de övergripande regionala målen. Efter godkännande av sjukhusstyrelsen ska denna utgöra grunden i verksamheternas arbete. Verksamhetsplanen tas fram i varje verksamhet tillsammans med medarbetarna och i denna identifieras områden som väsentliga att arbeta med för att utveckla verksamheten. Region Skåne har även en regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet som anger de regionalt övergripande principerna, prioriteringarna och målen för ökad patientsäkerhet. Denna plan har sedan brutits ner i en förvaltningsövergripande plan för åren 2021–2024, som gäller Lasarettet i Ystad.

Lasarettet i Ystad har som ett led i att arbeta med patientsäkerhetsfrågor på ett systematiskt övergripande plan fattat beslut om att använda Socialstyrelsens analysverktyg (verktyg för stärkt patientsäkerhet i regioner) med utgångspunkt från den nationella handlingsplanen för patientsäkerhet. Under 2022–2023 har alla tre verksamhetsområdena använt verktyget för att genomföra en nulägesanalys över sitt patientsäkerhetsarbete som sedan kan användas som underlag till framtida handlingsplaner, både på VO-nivå samt förvaltningsövergripande.

Organisation och ansvar

I enlighet med PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §, SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Förvaltningen har ansvaret för den somatiska sjukhusvården vid Lasarettet i Ystad. Förvaltningschefen har det övergripande ansvaret för förvaltningens patientsäkerhetsarbete och dess ledningssystem.

Förvaltningen är indelad verksamhetsområden (VO) och enheter (VE) med olika organiserade stödfunktioner. Varje verksamhetsområde har en verksamhetschef som har det övergripande ansvaret för verksamheten och för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Verksamhetschefen har alltid det samlade ledningsansvaret, men får uppdra åt annan att fullgöra enskilda ledningsuppdrag, till exempel medicinskt ledningsansvar. Varje verksamhetsområde ansvarar för en ändamålsenlig organisering av det medicinska ledningsansvaret.

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet inom förvaltningen följer förvaltningens linjeorganisation med stöd av resurspersoner. Varje verksamhetsområde strukturerar och organiserar patientsäkerhetsarbetet på det sätt som är bäst lämpat utifrån verksamhetsområdets förutsättningar.

Chefläkare och chefsjuksköterska är förvaltningsledningens representanter i patientsäkerhetsfrågor och bevakar dessa frågor i förvaltningens ledningsgrupp. Patientsäkerhetsteamet, vari chefläkare, chefsjuksköterska och patientsäkerhetsutvecklare ingår, stödjer förvaltningsledning och verksamheter i det strategiska och systematiska patientsäkerhetsarbetet. Patientsäkerhetsteamet har representation i de nationella chefläkar- och chefsjuksköterskenätverken, de regionala chefläkar- och chefsjuksköterskenätverken samt Skånes Universitetssjukvårds nätverk för patientsäkerhet, i syfte att stärka och utveckla samarbetet och kunskapsutbytet inom området samt att identifiera goda exempel och förbättringsåtgärder.

Förvaltningsledningen har under 2023 fattat beslut om en ny patientsäkerhetsorganisation inom förvaltningen där roller och ansvar har förtydligats i syfte att säkerställa ett patientsäkerhetsarbete med hög kvalitet. Detta innefattar kvalitets- och patientsäkerhetshandläggare på verksamhetsnivå (KPH) samt kvalitets- och patientsäkerhetsombud (KPO) på enhetsnivå.

Förvaltningen har en väl utvecklad kontakt med såväl Vårdhygien som Smittskydd Skåne, båda organiserade inom annan förvaltning, för tillgång till en expertfunktion för arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner och risken för smittspridning i vården.

Förvaltningen använder Patientnämnden Skåne för att ta emot synpunkter och klagomål på den somatiska hälso- och sjukvården. Nämnden informerar om patientens rättigheter och om vilka andra myndigheter patienten kan vända sig eller anmäla till vid behov. Nämndens analyser av inkomna synpunkter och klagomål bidrar fortlöpande till förvaltningens kvalitetsutveckling och patientsäkerhet.

Samverkan för att förebygga vårdskador

I enlighet med SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

Samverkan med primärvård, sjukhus och kommun

Samverkan med primärvård (offentlig och privat), Capio Närsjukhuset Simrishamn och kommuner sker i sedan tidigare etablerade mötesformer som delregionalt möte och samverkansgrupp med medicinskt ansvariga sjuksköterskor i syfte att vidareutveckla den nära vården och hitta former för bästa omhändertagandet av patienterna.

Samverkan mellan Lasarettet i Ystad och Capio Närsjukhuset Simrishamn utvecklas ständigt för att tillsammans kunna erbjuda en god och säker samt effektiv slutenvård. Som en del i utvecklingen av den nära vården har lasarettet fortsatt utveckla nya arbetssätt med patientens bästa i fokus såsom mobila team, arbetet med fokuspatienter, subakuta mottagningstider, dagmedicinsk behandlingsenhet och rehab-personal på akutmottagningen.

Samverkan med Vårdhygien

Hygiensjuksköterskor närvarar mycket regelbundet vid olika hygienaktiviteter på lasarettet samt utför hygienrond återkommande med 18 månaders mellanrum. Samarbetet med Vårdhygien och Smittskydd Skåne intensifierades under våren 2023 då ett VRE-utbrott (vancomycinresistent enterokocker) identifierades inom en vårdenhet. Ett omfattande smittspårningsarbete och en genomgång av behövliga hygienåtgärder av samtliga vårdenheter har påbörjats samt uppdaterad hygienutbildning till medarbetarna. Ingen ytterligare patient smittades efter identifiering av det första fallet vilket visar att insatserna varit värdefulla.

Jämlig vård

Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i olika vårdförlopp och i varje patientmöte. För att kunna erbjuda en god och säker vård av högsta kvalitet som ständigt ska utvecklas är det viktigt att alla medarbetare och deras chefer i linjeorganisationen har ett personligt ansvar. Organisation och ansvar för vårdförloppen följer linjeorganisationen med stöd av de resurspersoner som har utsetts på respektive organisationsnivå.

Kunskapsstyrningsorganisationen, med flera personcentrerade sammanhållna vårdförlopp (PSVF), börjar nu nå ut i verksamheterna för att bidra till jämlig vård. För närvarande förbereds implementeringen av PSVF TIA/stroke inom förvaltningen.

Informationssäkerhet

I enlighet med HSLF-FS 2016:40

Förvaltningen grundar sitt systematiska informationssäkerhets- och dataskyddsarbete i Region Skånes riktlinjer och ledningssystemet för informationssäkerhet, vilket följs på Lasarettet i Ystad.

De uppföljningar av informationssäkerheten som framgår av 3 kap. 6 § punkt 3, och som är av större betydelse:

Uppföljning av informationssäkerheten sker dels årligen utifrån styrande dokument, dels när det inträffar väsentliga händelser som påverkar informationssäkerheten. Särskilda uppföljningar av större betydelse har bland annat skett vid otillåtna dataslagningar, vid misstanke om dataintrång avseende patientuppgifter och felaktig hantering av e-tjänstekort. Uppföljning av genomförda skyddsåtgärder vid riskanalyser har främst berört hanteringen av skyddade personuppgifter i informationssystem och åtgärder kring nätverkssäkerheten i enlighet med informationssäkerhetspolicyn.

De riskanalyser som har gjorts enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 §:

Riskbedömningar genomförs systematiskt ur ett informationssäkerhetsperspektiv bland annat i enlighet med lag om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster (2018:1174), EU:s dataskyddsförordning (GDPR 2016/679) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Under 2023 har många nya tekniska lösningar implementerats och behovet av riskbedömningar ur ett informationssäkerhetsperspektiv ökar ständigt i takt med digitaliseringen. Riskbedömningar har till exempel genomförs vid införande av tjänsteplattform för distansmonitorering, videokommunikationstjänster i operationssalar, e-tjänster för sammanhållen vårddokumentation och användandet av hälsodata för sekundära ändamål. Samtliga riskbedömningar redovisas i enlighet med informationssäkerhetspolicyn samt delges chefläkare och informationssäkerhetschef vid begäran.

De åtgärder som har vidtagits för förbättring av informationssäkerheten enligt vad som framgår av 3 kap. 6 § 4 och som är av större betydelse:

Åtgärder för förbättring av informationssäkerheten har främst vidtagas av ledamöter i IT-kommittén som arbetar för ökad säkerhet, kvalitet och krisberedskap för IT-frågor och av förvaltningens representanter i Informationsstyrningsrådet. Några åtgärder som vidtagas för att höja informationssäkerheten är till exempel tillgänglighetsåtgärder avseende telekommunikationstjänster och insatser för bättre samverkan med interna samarbetsparter. Utbildnings- och informationsinsatser har även genomförts utifrån omvärldsbevakning och vid identifierade verksamhetsbehov.

Den granskning som har gjorts enligt 5 kap. 6 § av hälso- och sjukvårdspersonalens journalföring:

Systematiska och återkommande kontroller av hälso- och sjukvårdspersonalens åtkomst till personuppgifter om patienter görs i enlighet med föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) och gemensamma rutiner för genomförande av loggkontroller inom Region Skåne. Under perioden januari – december 2023 har 78 kontroller registrerats.

Strålskydd

I enlighet med SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Varje år utförs en internrevision av strålsäkerheten inom regionen under ledning av den regionala Strålskyddsexpertfunktionen. Strålsäkerhetsfrågor som berör patientsäkerhet, personalsäkerhet samt skydd av allmänhet och miljö avhandlas då för samtliga verksamheter som arbetar med, eller berörs av, verksamhet med joniserande strålning. Resultaten sammanställs i en rapport tillsammans med en handlingsplan, som fastställs av Regiondirektören.

För den nära patientverksamheten finns krav på så kallad Radiologisk ledningsfunktion (RaLF) som ska finnas för varje verksamhet där patientbestrålning ingår. RaLF ska finnas nära verksamheterna för att kunna bidra bland annat i optimering av bestrålning för att därmed öka patientsäkerheten.

För att möta kravet om systematisk hantering av strålningsrelaterade avvikelser finns en särskild rutin för dessa avvikelser. Rutinen innefattar genomgång av varje avvikelse i den regionala Strålsäkerhetskommittén med bedömning om eventuell anmälan till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Under år 2023 är har inga strålningsrelaterade avvikelser som berör patienter anmälts i AViC. Inga avvikelser har anmälts till Strålsäkerhetsmyndigheten.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet. Patientsäkerhetskultur omfattar vårdpersonalens gemensamma förhållningssätt och normer gällande risker och säkerhet med syfte att uppnå hög patientsäkerhet på vårdenheten. En god patientsäkerhetskultur innebär att personalen kan hantera oväntade händelser utan att det leder till allvarliga följder. Lasarettet i Ystad arbetar med frågan bland annat genom ledningens patientsäkerhetsdialoger och enkät kring Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE). I hela organisationen finns en ökad medvetenhet om säkerhetskulturens betydelse för att patienter inte ska drabbas av undvikbara skador.



Patientsäkerhetsdialoger är strukturerade årliga träffar mellan respektive verksamhetsområdes ledning, medarbetare med särskilt uppdrag inom patientsäkerhet, patientsäkerhetsutvecklare samt patientsäkerhetsteamet. Patientsäkerhetskultur står i fokus vid dessa dialoger och syftar till att sätta fokus på ökad patientsäkerhet. Vid dialogerna lyfts bland annat benägenhet att rapportera avvikelser och öppenhet kring allvarliga händelser. Under slutet av 2023 har dialogerna återupptagits efter att under pandemin ha varit pausade.

Frågor gällande HSE (Hållbart säkerhetsengagemang) ingår i förvaltningens årliga medarbetarundersökning. För 2023 visar resultaten en fortsatt hög benägenhet att påtala när något är på väg att gå fel. Resultaten visar också utvecklingsområden såsom patientdelaktighet och upplevelsen av om den högre ledningen ger förutsättningar för att bedriva en säker vård. Resultaten varierar dock kraftigt mellan olika vårdenheter inom förvaltningen. HSE-index för Lasarettet i Ystad var 79 vilket kan jämföras med Region Skånes som var 77.

Det *digitala* ”Gröna korset” har införts och används nu på en del av förvaltningens vårdenheter. Målsättningen är att detta dagligen bättre kan visualisera risker och vårdskador samt över tid skapa ett bättre lärande.

Under året har det skett en vidareutveckling av en applikation från 2022 på anestesivdelningen med syfte att minska risker vid anestesi av barn. På operationssalens dator intill narkosapparaten skrivs det aktuella barnets vikt och ålder in och öppnas i helskärmsläge. Då framgår vilken teknisk utrustning, läkemedelsdoseringar och monitoreringsintervall, som ska användas i det aktuella barnets fall. All närvarande anestesipersonal på operationssalen kan därmed kontrollera att exempelvis muntligt givna ordinationer ligger inom normalområdet för barnet. Under året har det ffa skett en utveckling av möjligheten att mer exakt precisera storlek på vilken medicinskteknisk utrustning, som ska användas i det aktuella fallet.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete. Kompetensförsörjning är, och har varit under en lång tid, en utmaning för hälso- och sjukvården, nationellt, regionalt och lokalt. Lasarettet i Ystad har fortsatt en utmaning i att rekrytera, behålla och vidareutveckla den kompetens som långsiktigt behövs för lasarettets samlade uppdrag och för att säkerställa en god och säker vård.



Som en del i att möta dessa utmaningar arbetar lasarettet med att införa de strukturer och det ramverk som Magnetmodellen består av och som även innefattar den regionala Kompetens- och Tjänstemodellen.

Viktiga händelser 2023 gällande kunskap och kompetens

- Lasarettets gemensamma Utbildningsenhet som bildades 2022 har fortsatt att vidareutvecklas och förstärktes under 2023 med två resurser för att stödja verksamheterna ur ett kompetensutvecklingsperspektiv för medarbetare, utöver det tidigare studerandeuppdraget.
- I syfte att öka kvaliteten på AT-verksamheten vid lasarettet har ett kvalitetsledningssystem implementerats för AT-verksamheten till lasarettets övriga uppföljningssystem.
- En förstärkt medicinsk ledningsgrupp med fokus på vårdplatsituationen inrättades från och med 1 april. Syftet är att intensifiera såväl det kortsiktiga som strategiskt långsiktiga arbetet med fokus på patientflöden, kvalitet, omvårdnad och patientsäkerhet.
- Kompetens- och tjänstemodellen har implementerats för specialistsjuksköterskor på operation och anestesi, och införandet pågår på iva samt för allmänsjuksköterskor.
- Arbetet enligt ramverket för Magnet har fortskridit under 2023 med långsiktiga mål gällande ökad rekrytering av sjuksköterskor, minskad personalrörlighet, stärkt kompetensutveckling, en ökad patientsäkerhet samt ökad kvalitet på vården.
- För yrkesgruppen undersköterskor har lasarettet fastställt det kliniska basprogrammet som en ordinarie del av medarbetarnas introduktion och kompetensutveckling. Basprogrammet syftar till att stärka undersköterskor i den kliniska rollen samt öka förståelsen för teamets roll.
- Beslut om att inrätta en lasarettsovergripande styrgrupp för omvårdnad och professionsråd på enheterna togs under våren 2023. Ledningsstrukturen har sitt ursprung i begreppet ”professional governance”, ett område som är grundat i forskning och en central del på magnetsjukhus. Styrgruppen samordnar och driver omvårdnadsutveckling samt fattar beslut gällande kvalitet, kompetens, och omvårdnadens praktik – en del i att säkerställa en god och säker vård. I förlängningen förväntas den evidensbaserade omvårdnaden som ges till patienterna förbättras när sjuksköterskor i högre grad får utöva autonomi inom omvårdnad och driva omvårdnadsutveckling och professionsfrågor på en hög nivå i organisationen.

Kompetens- och tjänstemodellen

Kompetens- och tjänstemodellen är en strukturerad modell för utvecklings- och karriärmöjligheter för yrkesgrupper inom Region Skåne. I modellen tydliggörs nivåbeskrivningar för roller och ansvar utifrån ny i yrkesrollen till erfaren och expertroll. Målet är att kompetens- och tjänstemodellen skall säkerställa en säker bemanning utifrån medarbetarnas erfarenhet och kompetens kopplat till patienternas och verksamhetens behov.

Under 2023 har fyra program arbetats fram för sjuksköterskor allmän, anestesisjuksköterskor, operationssjuksköterskor och intensivvårdssjuksköterskor. Flera enheter arbetar aktivt med att implementera modellen för sjuksköterskor. Kompetens- och tjänstemodeller för barnmorskor inom BB, förlossning, gyn och ultraljudsmottagningen är i slutfasen och förväntas vara klara i början av 2024. Kompetens- och tjänstemodell för undersköterskor har påbörjats.

En lokal delprojektorganisation har inrättats för att stödja verksamheterna att implementera kompetens- och tjänstemodeller lokalt samt säkerställa validering, kvalitet och uppföljning inom förvaltningen. Den lokala delprojektorganisationen är lasarettets länk till regionalt programkontor för implementering av Region Skånes kompetens- och tjänstemodell.

Ramverket för Magnet

Under hösten 2022 inledde Lasarettet i Ystad ett omfattande förändringsarbete med utgångspunkt i Magnetmodellens 14 dragningskrafter som ett evidensbaserat ramverk. Målet är att skapa förutsättningar för omvårdnad av högsta kvalitet, evidensbaserade arbetsätt, interprofessionellt teamarbete samt att stärka sjuksköterskors mandat och professionsutveckling.

Många av dragningskrafterna i Magnetmodellen syftar till att förbättra patientsäkerheten genom att arbeta efter evidensbaserade riktlinjer, säkerställa rätt kompetens och erfarenhet inom teamet, fokus på det interprofessionella teamarbetet samt kvalitetsutveckling. Inom ramen för dragningskraften kvalitetsutveckling ingår att säkerställa strukturer i organisationen som skapar förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska förbättringsarbetet. Ett aktivt och systematiskt arbete kring patientavvikelser ska främjas samt att medarbetare medverkar i risk- och händelseanalyser i relation till förbyggande arbete mot vårdskador såsom fall, tryckskador, undernäring och vårdrelaterade infektioner.

Sex enheter har slutfört sina GAP-analyser på lasarettet och under 2024 fortsätter arbetet med nya enheter som analyserar sin verksamhet utifrån ramverket. En lasarettsgemensam Magnetdag anordnades under våren 2023 med syfte att sprida kunskap och lärande mellan enheterna.

Rekryteringssvårigheter och långvarig resursbrist inom flera yrkeskategorier påverkar negativt, främst inom slutenvården och mest påtaglig är vakansläget för sjuksköterskor. Som en effekt av bristen på sjuksköterskor har uppbemanning av extra undersköterskor gjorts under vissa perioder. Under sommarperioden har exempelvis Kirurgi- och urologiavdelningen anställt ett antal sjuksköterskestudenter (termin fem) som stöd till ordinarie sjuksköterskor, vilka sedan samtliga tagit anställning efter sjuksköterskeexamen. På samma enhet tillämpas även ”trygga och säkra vårdteam” vilket syftar till att stärka kontinuiteten bland medarbetare och patienter samt tillse att schemalaggningsen tar hänsyn till kompetens och erfarenhet hos medarbetare.

Inom akutmottagningen har förändrat arbetssätt och förändrad bemanning i teamen genomförts på grund av för få sjuksköterskor i grundbemanningen vilket kan påverka patientsäkerheten. Lasarettets BB/förlossning har under hela året inklusive sommarmånaderna kunnat bemannas och upprätthållas tack vara en grundbemanning i balans. Det samma gäller för lasarettets öppenvårdsenheter och mottagningar.

Utbildningsinsatser under 2023 – en del i patientsäkerhetsarbetet

På Lasarettet i Ystad finns utbildningsverksamhet för samtliga vårdprofessioner och även forskningsverksamhet.

En av dragningskrafterna i ramverket för Magnet innefattar personcentrerad vård och flera enheter har identifierat behov av ökad kunskap och stöd i detta arbete. Som en del i kompetensutveckling för medarbetare har Minnesmottagningen, som innehar specifik kompetens gällande personcentrerad vård, fått i uppdrag att utifrån respektive enhets behov, öka kunskapen inom personcentrerad vård med fokus på utbildningsinsatser som riktar sig till teamet runt patienten. Detta kommer även på sikt öka patientens medverkan och delaktighet i sin vård. Uppdraget startade upp under hösten 2023 och är pågående.

En utbildningsinsats gällande förändringsledning har anordnats för medarbetare involverade i Magnetarbetet från fyra av lasarettets vårdavdelningar, en utbildning som kan användas exempelvis inom förbättringsprojekt gällande patientsäkerhet. Till våren planeras nya utbildningstillfällen för andra avdelningar. Wallbreaker (förändringsledningsutbildning) har även anordnats för samtliga ledningsgrupper.

En annan återkommande utbildningsinsats är KÄK-föreläsningar (Kunskap Är Kul) som riktar sig till alla medarbetare på lasarettet med olika innehåll på föreläsningarna.

Nätverk iv infarter och sårbehandling - en del i kompetensutvecklingen

Lasarettet i Ystad har två övergripande nätverk för medarbetare där Nätverk för sårbehandling riktar sig mot sjuksköterskor och undersköterskor och Nätverk intravenösa infarter riktar sig mot sjuksköterskor och läkare. Nätverken träffas två gånger per termin.

Syftet med nätverket för intravenösa infarter är att öka kunskapen hos medarbetare gällande intravenösa infarter och därmed säkerställa att rätt infart väljs till rätt patient vid rätt tillfälle samt stärka patientsäkerheten inom området. Som deltagare i nätverket ingår det att fortlöpande sprida kunskap från nätverket och informera och utbilda medarbetare och chefer i kompetenshöjande syfte. Nätverket initierar och genomför också kompetenshöjande utbildningsinsatser gällande specifika områden som rör intravenösa infarter. Under både våren och hösten 2023 anordnades lasarettsovergripande utbildningsdagar som gav medarbetare fördjupad kunskap inom infektionsprevention och förebyggande av komplikationer, specifikt gällande PVK och PICC-line. Utbildningsinsatsen återkommer under våren 2024.

Nätverket för sårbehandling arbetar på motsvarande sätt med syfte att öka kompetensen gällande olika sårdiagnoser och sårbehandling samt kunskapsspridning av ny evidens gällande behandlingsmetoder och förbandsmaterial. Inom nätverket finns även en sårkonsultgrupp som enheterna kan kontakta för konsultation vid svårläkta sår. I sårkonsultrollen ingår utbildning för medarbetare angående sårbehandling, bedömning av sår samt rekommendation till behandling.

Respektive representant i nätverken samarbetar med enhetens representant i Styrgrupp Omvårdnad för att tillsammans ytterligare sprida kunskapen till övriga medarbetare på enheten.

Ökad kompetens för sjuksköterskor genom specialistutbildningar

För yrkesgruppen sjuksköterskor har lasarettet regional tilldelning och ekonomisk ersättning för tio heltidstjänster per år för vidareutbildning till specialistsjuksköterska och barnmorska. Under våren 2023 har 13 medarbetare möjliggjorts vidareutbildningen genom utbildningslön. Platserna för sjuksköterskor är attraktiva och tillsätts i huvudsak med befintligt anställda medarbetare. Lasarettet fortsätter att särskilt prioritera platser för specialistutbildningar inom anestesi, operation, intensivvård samt även utbildningen till barnmorska.

Ökad kompetens för undersköterskor genom basprogram

Specifikt för yrkesgruppen undersköterskor har lasarettet fastställt det kliniska basprogrammet som en ordinarie del av introduktionen. Programmet består av sju moduler där innehållet bygger på både föreläsningar och praktiska övningar. Efterfrågan är stor och programmet har i början av året utökats med 10 platser, totalt erbjuds nu 40 platser. I samtliga utvärderingar angav deltagarna att utbildningstillfällena i sin helhet var mycket bra utifrån hög kvalitet och relevant innehåll.

Patienten som medskapare

I enlighet med PSL 2010:659 3 kap. 4 §

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Lasarettet i Ystad har arbetat efter den handlingsplan som dåvarande förvaltningsledning på SUS fattade beslut om under 2022, *Handlingsplan ökad patientsamverkan*, med viljeinriktningen att arbetet ska utgå från patienternas behov och ett personcentrerat förhållningssätt ska användas. Den fördjupade strategin och handlingsplanen innehåller definitioner, nyckelfaktorer och åtta huvudområden för en ökad patientsamverkan. Ett av de åtta huvudområden i handlingsplanen handlar om att förstärka implementeringen av personcentrerad vård och synkronisera med Nära Vård. Under våren och sommaren togs en utbildning fram i patientsamverkan och personcentrerat förhållningssätt, som lanserades till förvaltningens chefer i november. Implementering av personcentrerad vård sker i två steg; först utbildas cheferna och sedan medarbetarna.

Patienter och närstående är med sina perspektiv och erfarenheter värdefulla resurser i utvecklingen av god och säker vård. Verksamheterna arbetar aktivt med att göra patienten mer delaktig i sin vård och behandling. Patienters synpunkter på vården inhämtas bland annat genom den Nationella Patientenkäten, NPE, som genomförs vartannat år. Resultaten från denna diskuteras övergripande i förvaltningsledningen och planeras ingå i respektive verksamhetsområdes patientsäkerhetsdialog som kommer genomföras under 2024. Synpunkter som framkommer i NPE och via klagomål tas systematiskt tillvara och utgör grund för förbättringsarbeten. Klagomål registreras även som avvikelserapport och handläggs enligt särskild rutin.

Uppföljning av kvalitets och patientsäkerhet sker regelbundet i sjukhusledningens verksamhetsdialoger till vilka verksamhetschefen bjudit in enhetschefer och medarbetare som redovisar överenskomna förbättringsarbete som till exempel nya arbetssätt med införande av puls rond och gröna korset. Medarbetare berättar om utvalda kvalitetsarbeten och resultat i kvalitetsregister. Under 2022 och 2023 har även patienter bjudits in som delar med sig av sina upplevelser av vård och behandling. Denna form av patientdelaktighet har tillfört positiva och lärorika möten, som kan ligga till grund för kommande förbättringsarbete.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD

I enlighet med SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2, PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

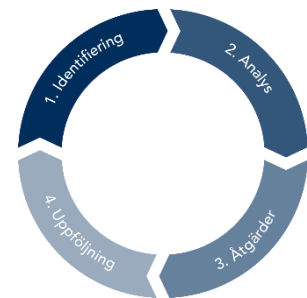
Vårdgivaren ska utöva egenkontroll, vilket ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Beskriv strategier, mål och koppla till vilken egenkontroll för ökad patientsäkerhet som genomförts under året.

Utifrån hur ni har agerat för säker vård inom de fem nationella fokusområdena: utvärdera planerade och genomförda åtgärder och uppföljningen av dess effekter, samt beskriv planering framåt utifrån resultaten.

Ett fortlöpande förbättringsarbete, som bygger på lärande och utveckling, till exempel en förbättringsmodell, är en viktig grund för ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete.

Under rubriken **Agera för säker vård** kan arbetsprocessen för ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete användas genom att följa nedanstående fyra steg:



1. Identifiering

- Beskriv resultatet inom de områden som identifierats och följs (visa gärna diagram).
- Beskriv omfattning och frekvens (till exempel vårdrelaterade infektioner (VRI) följs en gång per år via punktprevalensmätning (PPM), en gång per månad via Infektionsverktyget och två gånger per år via Markörbaserad journalgranskning).

2. Analys

- Beskriv analys av och/eller resonemang kring resultat inom området, till exempel orsaker till förändring i resultatet eller koppling till patientsäkerhetsrisker.

3. Åtgärder

- Beskriv åtgärder med koppling till identifierat område. Åtgärder kan både vara i form av aktiviteter eller förändringar i struktur eller organisation.

4. Uppföljning av åtgärd

- Beskriv hur ni följt upp och återkopplat vidtagna åtgärder inom identifierat område.
- Beskriv hur kunskap och lärande har spridits till verksamheter och/eller ledning. Uppföljning och återkoppling kan till exempel göras via arbetsplatsträffar, patientsäkerhetsdialoger.

Egenkontroller

Egenkontroll av patientsäkerhetsarbetet kan, och ska företas på olika vis, bland annat för att jämföra resultat med eventuellt uppsatta mål och på så vis identifiera förbättringsområden. Dels ska verksamheterna kontinuerligt följa resultaten på eget initiativ till exempel i nationella kvalitetsregister, som är en viktig del i detta arbete. Dels ska egenkontroll företas i samband med den årliga patientsäkerhetsdialogen mellan verksamheten och patientsäkerhetsteamet. Utöver det sker egenkontroll i samband med verksamhetsuppföljning som sker på initiativ av förvaltningsledningen. Vidare arbetar

medarbetare med resultaten från PPM-mätningarna samt patientenkäterna på enhetsnivå samt i omvårdnadsråden. I Region Skånes kvalitetsportal redovisas resultat från mätning av kvalitetsindikatorer kopplade till hälso- och sjukvårdens uppdrag

Egenkontroll	Frekvens	Ansvarig för genomförande
Punktprevalensmätning (PPM) Trycksår. Redovisas i kvalitetsportalen.	Årligen	Patientsäkerhetssamordnare
Punktprevalensmätning (PPM) vårdrelaterade infektioner (VRI). Redovisas i kvalitetsportalen.	Årligen (nationell mätning). Ersattes 2023 av den europeiska mätningen	Patientsäkerhetssamordnare
Punktprevalensmätning (PPM) Basal hygien och klädesregler (BHK). Redovisas i kvalitetsportalen.	2 ggr/år (vissa VO gör månadsvisa mätningar)	
Markörbaserad journalgranskning, sjukhusövergripande. Redovisas i SKR databas Signe.	10 slumpmässigt valda journaler/månad	
Nationell patientenkät ¹ . Ett gemensamt nationellt frågeformulär som genomförs på uppdrag av alla regioner och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).	Enligt nationella direktiv	
Uppföljning av övriga indikatorer som definieras i uppdrag för hälso- och sjukvården ² .	2 ggr år (T2 och årsuppföljning)	Förvaltningschef
Patientsäkerhetsberättelse	Årligen	Chefläkare, chefsjuksköterska
Patientsäkerhets- och hygiendialog	Årligen/verksamhetsområde	Chefläkare, chefsjuksköterska, Vårdhygien
Verksamhetsdialoger	2 ggr/år/verksamhetsområde	Förvaltningschef
Läkemedelsgenomgång. Redovisas i kvalitetsportalen.	Löpande	Övergripande läkemedelsansvarig läkare
Uppföljning av tillgänglighet.	Löpande	Tillgänglighetskoordinator
Loggkontroller (Melior, NPÖ, Paraplyportalen)	Löpande	Verksamhetschef
Hållbart Säkerhets Engagemang (HSE) som en del av medarbetarenkäten	Årligen	HR chef

Tabellen visar övergripande egenkontroller på Lasarettet i Ystad.

Punktprevalensmätning av omvårdningsindikatorer

Omvårdnadsåtgärder som utförs med god kvalitet och utefter patientens behov har stor betydelse för att vården ska vara god och säker. Under 2022–2023 har ett digitalt instrument använts för punktprevalensmätning av omvårdningskvalitet inom ramen för Magnetprojektet. Instrumentet har använts på de avdelningar på lasarettet som genomfört sin GAP-analys och täcker indikatorer gällande fall, trycksår, undernäring, skötsel av in- och utfarter, hygien, smärta och patientdelaktighet. Deltagande enheter har fått sina respektive resultat för att diskutera bland medarbetarna samt som underlag till förbättringar. Under PPM mätningen i oktober 2022 deltog 54 patienter och under maj 2023 62 patienter. Vid båda mätningarna ansåg över 80 % av patienterna att de varit delaktiga i sin vård i den utsträckning som de önskade. Vid mätningen 2022 ansåg 75 % av patienterna att de fått den information de behövde under vårdtiden och motsvarande värde var 80 % vid mätningen 2023.

Lasarettet i Ystad har också varit delaktig i utvecklingen av ett nytt regionalt uppföljningsverktyg avseende omvårdningskvalitet, på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören. Detta nya regionala verktyg har liknande uppbyggnad som instrumentet som användes inom ramen för Magnet. Uppföljningsverktyget är i digital enkätform och rymmer frågor om intravenösa infarter, kvarliggande urinkateter, fallhändelse,

¹ <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/uppfoljning/nationell-patientenkät/>

² <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/uppfoljning/indikatorbiblioteket/>

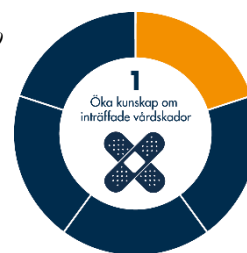
trycksår och undernäring. Utöver dessa områden ställs frågor direkt till patienten om smärta, läkemedel och delaktighet.

Det regionala verktyget pilottestades under hösten 2023 där Lasarettet i Ystad deltog med två avdelningar och 21 patienter. Verktyget planeras att breddinföras regionalt under 2024 och då kommer lasarettet använda detta för att utvärdera omvårdnadsåtgärder nära patienten och därmed bidra till lärande, utveckling och engagemang. Mätningen ger även förutsättningar för att följa utveckling över tid på såväl lokal som aggregerad nivå.

Öka kunskap om inträffade vårdskador

I enlighet med SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket, HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §, PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Genom identifiering, utredning samt mätning av skador och vårdskador ökar kunskapen om vad som drabbar patienterna när resultatet av vården inte blivit det som avsetts. Kunskap om bakomliggande orsaker och konsekvenser för patienterna ger underlag för utformning av åtgärder och prioritering av insatser.



Aggregerad statistik

Under 2023 har 989 patientavvikelser rapporterats varav 606 har orsakutretts av verksamheterna. Analys har visat att de rapporterade patientavvikelserna minskat med 3,9% jämfört med föregående år och att de fyra vanligaste avvikelsetyperna som rapporteras 2023 har händelseklassificerats som Bedömning 145 st, Vård – Fall/Fallskada 77 st, Samordnad planering – SVU (samverkan vid utskrivning) 47 st och Vård – Övrigt 42 st. 2022 var de 4 vanligaste avvikelserapporterna Bedömning 199 st, Vård – Fall/Fallskada 128 st, Vård – Övrigt 77 st, Informationsöverföring mellan vårdaktörer - Verksamhetsområde annan och Journalhantering (ej remisshantering) - Utebliven dokumentation båda 59 st. Observera att händelseklassificeringen är tvingande först vid avslut.

Registrerade Patientavvikelser									
År	Inträffade	Orsakutredare tillsatt		Orsakutredning klar		Åtgärd klar		Avslutade	
2022	1029	997	96,9%	901	87,6%	818	79,5%	756	73,5%
2023	989	843	85,2%	606	61,3%	456	46,1%	385	38,9%

Lex Maria

Vårdgivare är skyldiga att anmäla en händelse som har medfört, eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada enligt lex Maria till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta är ett delegerat uppdrag till chefläkaren i förvaltningen. I samband med händelser som har medfört eller hade kunnat medföra allvarliga vårdskada bedömer chefläkaren om en internutredning eller händelseanalys ska genomföras. Under året har flera internutredningar och enstaka händelseanalyser genomförts inom förvaltningen. Lasarettet i Ystad anmälde 10 händelser enligt lex Maria under år 2023. Detta är en minskning med 8 st jämfört med 2022. Av de ärenden som anmäldes rörde 60 % risk för allvarlig vårdskada och 40 % inträffad allvarlig vårdskada, vilket är i paritet med tidigare år. Relevanta riskområdena under 2023 var IN/UT farter – kvarglömd PVK samt Läkemedel.

Att genomföra en händelseanalys tar tid, är resurskrävande och görs därför inte av verksamheterna i den omfattning som vore önskvärt. Det finns inte alltid analysteam att tillgå direkt vilket gör att utredningen kan försenas. När de genomförs höjs dock kvaliteten på utredningen och mer omfattande förvaltningsövergripande handlingsplaner presenteras. Med en god samordning och stöd från patientsäkerhetsteamet kan kvaliteten på mer komplexa utredningar troligen höjas väsentligt när beslut tas om händelseanalys. Detta är ett av de grundläggande målen med förvaltningens nyligen implementerade patientsäkerhetsorganisation.

Generellt är handläggningstiden för lex Maria 2–5 månader från det att händelsen når chefläkare till dess att händelsen anmäls till IVO. Några ärenden dröjer längre vilket oftast beror kompletteringar av internutredning/händelseanalys, begäran om förlängd svarstid eller att fler än ett verksamhetsområde är involverade. Det finns enstaka ärenden som dröjt över 12 månader. Dessa ärenden har varit komplexa, svårutredda och med flera verksamhetsområden involverade.

Kunskapen om inträffade vårdskador ska spridas till berörda verksamheters medarbetare och varje utredning innehåller en handlingsplan för detta. En konstruktiv dialog med förvaltningens kommunikatörer har under 2023 inletts för att förbättra kommunikationen om inträffade vårdskador ut till medarbetare.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.



Lasarettet arbetar aktivt för att skapa en säker, sammanhållen, tillgänglig och jämlik vård genom regelbunden samverkan med andra vårdaktörer. Några av lasarettets slutenvårdsavdelningar, exempelvis Kirurgi- och Urologiavdelning 1 har fokuserat extra på att etablera rutiner för en tillförlitlig och säker process gällande samordning och informationsdelning vid utskrivning från slutenvård till öppenvård eller från slutenvård till hälso- och sjukvård i kommunal regi. Detta säkerställs genom en särskilt utbildad sjuksköterska som har till uppdrag samordna och planera utskrivning för patienter inklusive upprättande av SIP och säkra aktuella läkemedelslistor och behandlingsordinationer samt samverka gällande vilken typ av information mottagande enhet eller vårdgivare behöver för att kunna agera patientsäkert.

Vidare arbetar lasarettet via ansvarsgrupper, omvårdnadsråden, Medicinsk forum och Styrgrupp Omvårdnad för att kontinuerligt se över rutiner och processer för specifika diagnoser, patient- och riskgrupper, rutiner för läkemedelshantering samt rutiner för delegering av hälso- och sjukvårdsuppgifter. Dessa system och processer involverar även specialistsjuksköterskorna på lasarettet som på olika avdelningar har ett övergripande omvårdnadsansvar och arbetar för att ta fram och revidera kunskapsunderlagen enligt den senaste evidensen.

Utöver säkra vårdprocesser pågår också ett arbete för att minska riskmoment och ett aktivt förebyggande arbete med syfte att minska vanliga och allvarliga vårdskador. Detta sker exempelvis via kompetensutvecklingsaktiviteter, scenarieövningar enligt CRM, de lasarettsovergripande nätverken samt det preventiva arbetet ute på enheterna i form av riskbedömningar och omvårdnadsåtgärder.

Ökad säkerhet i läkemedelsanvändning (flyttat hit)

Regional rutin för ordination och läkemedelshantering i Region Skåne som baseras på Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel (HSLF-FS 2017:37) är känd på Lasarettet i Ystad. På en stor del av avdelningarna finns även en lokal läkemedelshanteringsrutin.

Lasarettet har under många år framgångsrikt arbetat med läkemedelsgenomgångar och läkemedelsavstämningar med stöd av farmaceuter. Farmaceuterna är knutna till de olika enheterna vilket möjliggör ett nära dagligt samarbete med både sjuksköterskor och läkare i patientteamet samt patient. Lasarettet har tagit initiativ till gemensam workshops om förbättring av Mina planer och utskrivningsprocessen med primärvård och kommun där även rätt läkemedelslista ingår.

Säker vård här och nu

Hälso- och sjukvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.



Vårdplatser och bemanning

En god arbetsmiljö och en säker bemanning är exempel på faktorer som bidrar till att skapa en säker vård här och nu. Ett omställningsarbete och en utfasning av bemanningslösningar har inletts på lasarettet, detta som en del i att på sikt säkerställa yrkeskompetens och kunskap om patientsäkerhet samt öka kontinuiteten i vården.

Med utgångspunkt i utfasning av bemanningslösningar under 2023 har konsekvensbeskrivningar ur ett patientsäkerhetsperspektiv tagits fram. De flesta enheter påverkas direkt eller indirekt men medicinavdelningen, akutmottagningen samt intensivvårdsavdelningen på lasarettet är de vårdenheter som påverkas mest relaterat till en relativt stor andel bemanningssjuksköterskor.

Det har över tid skett en gradvis förflyttning av normen gällande patientsäkerhet och vårdkvalitet där man inte ser de lika gradvis ökade riskerna som uppstår vartefter förflyttningen sker från ett tänkt normaltilstånd (ex vårdplatser och bemanning) vilket slutligen leder till allvarliga vårdskador (Vaughan; 1996 och Rasmussen; 1997).

Bristen på sjuksköterskor har under 2023 lett till överbeläggningar, hög arbetsbelastning och tidsbrist för att tillgodose patienternas behov. Detta kan i vissa fall ha orsakat en försämrad kvalitet på vården och ökad risk för felbedömningar, felbehandlingar och vårdskador. Gällande patienter med behov av högre vårdnivå har bristen på resurs- och kompetens lett till att patienter i vissa fall inte fått möjlighet till rätt övervakning och därmed risk för vårdskador.

Vetenskapliga studier har vid upprepade tillfällen visat att en förlängd vistelsetid på akutmottagningar är förenat med både ökad risk för avvikelser, förlängd vårdtid och mortalitet (Boulin;2020, Oberlin; 2020 och Teissandier et al., 2023). En högre sjukskötersketäthet är nära sammankopplat till bättre vårdresultat inklusive lägre mortalitet och minskade fall av vårdrelaterade infektioner (Aiken et al., 2014). Kortsiktigt riskerar hyrstoppet att ytterligare förstärka den vetenskapligt beskrivna exitspiral som uppstått nationellt där sjuksköterskor börjar lämna en viss verksamhet (Selberg & Mulinari, 2022).

Lasarettet arbetar aktivt för att öka kunskapen om patientsäkerhet hos medarbetare och chefer samt involvera patienter och närstående i patientsäkerhetsarbetet. Vidare samarbetar chefer och ledare på lasarettet för att skapa förståelse och samverka kring variationer och störningar som uppstår som i sin tur innebär en risk för patientsäkerheten. Exempel på en sådan variation är vårdplatsläget och bemanningen där samverkan består av lasarettsovergripande dagliga vårdplatsmöten, en förstärkt medicinsk

ledningsgrupp som träffas varje vecka samt utarbetade rutiner och eskaleringsplaner vid svår brist på vårdplatser.

Det dagliga patientsäkerhetsarbetet

För att lyckas i det dagliga patientsäkerhetsarbetet är ett stort fokus teamarbete, intraprofessionellt lärande samt ett icke-hierarkiskt samarbete. Praktiskt innebär detta dagliga avstämningar inom teamet, utbildning, övningar och workshops för att främja samarbete och kommunikation mellan olika professioner, säkra överlämningar via SBAR, uppföljningar och utvärderingar i det dagliga arbetet samt rollbeskrivningar som inkluderar ansvar för säkerhet på alla nivåer.

Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom hälso- och sjukvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Patientsäkerhetsteamet bedömer att förvaltningens förståelse behöver öka kring vad patientsäkerhet är, hur patientsäkerhet skapas, hur patientsäkerheten ser ut och vilka bakomliggande orsaker som finns till vårdskador. Det handlar om att både förstå när + varför det går bra och när + varför det går mindre bra. Det behövs ett kontinuerligt förbättringsarbete för att öka lärandet och följa upp både identifierade framgångsfaktorer och risker. Patienter och närståendes synpunkter behöver integreras i detta arbete. En förutsättning för denna utveckling är att medarbetare och ledning på ett systematiskt och strategiskt sätt arbetar förebyggande genom att dra lärdom, både av det som går bra och det som går mindre bra. Med denna utgångspunkt har det även under 2023 genomförts olika utbildningsinsatser på olika nivåer inom förvaltningen.

Avvikelser

I enlighet med PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Förvaltningens patientsäkerhetsutvecklare tar del av samtliga avvikelser. Chefläkare och chefsjuksköterska får kännedom om alla allvarliga avvikelser. Antalet avvikelser i absoluta tal varierar över tid och är beroende av ett flertal faktorer såsom rapporteringsvilja, personalomsättning och därmed förståelse för systemet samt en faktisk ökning eller minskning av antalet oönskade händelser. Fokus för patientsäkerhetsteamet är inte på de absoluta talen utan istället ett arbete med de kvalitativa aspekterna av uppkomna oönskade händelser. I några fall har det beslutats om samlade internutredningar när det har uppmärksammats ett antal liknande händelser inom ett verksamhetsområde, ex kvarglömda pvk'er och skötsel av cvk'er.

Internutredningar och Händelseanalyser

Genomförda internutredningar och händelseanalyser bidrar till lärande och ökad patientsäkerhet efter allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador. Utredningar och analyser genomförs på såväl verksamhetsnivå som på förvaltningsövergripande nivå. I de fall händelseanalyser genomförs på övergripande nivå gäller det komplicerade händelser eller då flera verksamhetsområden är involverade.

Klagomål och synpunkter

I enlighet med SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Klagomål från patient och närstående mottages via särskild blankett, e-post, brev, via Patientnämnden eller via IVO. Chefläkare och patientsäkerhetsutvecklare tar del av alla klagomål och kommunavvikelser som inkommer via diariet. Det är troligt att det finns ett visst mörkertal i registreringen av inkomna klagomål då de som inkommer via andra vägar enligt ovan troligen inte alltid registreras i avvikelssystemet. Klagomålen utreds inom respektive verksamhetsområde. En klagomålsutredning kan visa sig vara komplex och ha en hög allvarlighetsgrad vilket föranleder kontakt med chefläkare för ställningstagande till anmälan enligt lex Maria. Processer och rutiner för klagomålshanteringen finns beskrivna i ledningssystem för patientsäkerhet. Klagomålsprocessen inom förvaltningen är väl förankrad. En viktig del i processen är att informera patienten och/eller närstående. Ett mottaget klagomål ska bekräftas till patient snarast. En klagomålsutredning ska återkopplas till patient och/eller närstående skriftligt inom fyra veckor från det klagomålet registrerats.

Inkommande klagomål 2023			
Från IVO		12	
	IVO - begär yttrande		5
	IVO - begär inte yttrande - hanteras av vården		7
Från Patientnämnden		34	
	Patientnämnden - begär yttrande		24
	Patientnämnden - för kännedom		7
	Patientnämnden		3
Från Patient		17	
Från Närstående		22	
Från Extern Vårdcentral		1	
Totalt		86	

Vid registrering av klagomål i AvIC ska uppgift om vem som framfört ärendet till vården anges: patient, närstående, patientnämnden eller IVO. Patientnämndens sätt att klassificera klagomål skiljer sig från det som används i AvIC. I vissa fall visar det sig vid klagomålsutredningen att det finns naturliga förklaringar till händelsen och den bakomliggande orsaken visar sig vara missförstånd eller dålig kommunikation mellan patient/närstående och medarbetare. I andra fall är det dock en önskad händelse i samband med vård och behandling. Det är inte ovanligt att klagomålen innehåller flera delar, som sammantaget visar på systembrister.

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Ett fungerande och strukturerat systematiskt, men också strategiskt, patientsäkerhetsarbete är en förutsättning för att bibehålla och utveckla en god och säker vård i en stor och komplex förvaltning. Patientsäkerhetsteamet utgör här ett stöd till respektive verksamhetsområdes patientsäkerhetsorganisation.

Under året kommer förvaltningens nya övergripande patientsäkerhetsorganisation implementeras där roller och ansvar ska förtydligas i syfte att säkerställa ett patientsäkerhetsarbete med hög kvalitet. Förvaltningens ledningssystem för patientsäkerhet, som reviderats under 2023, ska implementeras. Som en del i arbetet för att minska risken för allvarliga vårdskador kommer en struktur för utbildningsaktiviteter inom patientsäkerhet tas fram som riktar sig till medarbetarna och kopplas till de olika faserna i Kompetens- och Tjänstemodellen. Verksamheterna ska arbeta för att skapa goda förutsättningar för medarbetare att delta i det systematiska och strategiska förbättringsarbetet. Arbetet ska vara proaktivt och i ett lärandesyfte.

Med avsikten att öka förståelsen för risk i både vardagliga och kritiska vårdssituationer har under det gångna året regelbundna simuleringsövningar för att träna kommunikation påbörjats på intensivvårdsavdelningen. Simuleringsövningarna, som har karaktären av s.k. CRM (Crew Resource Management) har fått ett mycket positivt internt genomslag och planerar nu för att engagera både hela verksamhetsområdet och förvaltningen. CRM är ett koncept, som ursprungligen kommer från flyg- och rymdindustrin där syftet är att optimera teamets prestation via användande av alla tillgängliga resurser, såväl människor som utrustning och information. Den övergripande tanken är att öka förståelsen i samtliga personalkategorier för hur bristande kommunikation, både i större och mindre skala, på ett betydande sätt ökar risken för allvarliga vårdskador i såväl vardagliga som kritiska skeenden under vårdtiden.

Sedan tidigt under våren 2023 har förvaltningen inrättat en förstärkt medicinsk ledningsgrupp, F-MLG, för att strategiskt arbeta med fokus på patientflöden, kvalitet, omvårdnad och patientsäkerhet med målet att optimera och säkra vården vid Lasarettet i Ystad. Gruppen har sammanträffat med stor regelbundenhet under året för att öka riskmedvetenheten och ha en beredskap för kommande påfrestningar ffa inom förvaltningens personal- och vårdplatssituation.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

I december 2023 fastställde sjukhusstyrelsen för Lasarettet i Ystad dess verksamhetsplan och internbudget för 2024 som utarbetats av förvaltningsledningen. Verksamhetsplanen beskriver mål, inriktning och strategier där vissa prioriterade områden återfinns inom patientsäkerhetsområdet, exempelvis;

- Tillvarata patienter och anhörigas synpunkter för att utveckla och förbättra vården
- Fortsätta arbetet med att införa de strukturer som stödjer magnetmodellen
- Användningen av standardiserade vårdplaner ska öka
- Ny patientsäkerhetsorganisation och lasarettets ledningssystem för patientsäkerhet ska implementeras
- Det regionala verktyget PPM Omvårdnad ska implementeras för att mäta omvårdnads kvalitet som en del i det systematiska patientsäkerhetsarbetet
- Verksamheten och schemaläggning ska planeras utifrån patientens behov av rätt kompetens och kontinuitetsdriven vård
- Ett aktivt arbete i enlighet med ”choosing wisley” konceptet ska startas upp där respektive profession fokuserar på en värdeskapande vård för patienten
- Främja integrering av forskningsresultat i klinik vilket leder till evidensbaserad vård och systematisk kvalitetsutveckling
- Att via simulering enligt Crew Resource Management (CRM) konceptet implementera ett strukturerat och hållbart interprofessionellt samarbete mellan vårdenheter och verksamhetsområden vid Lasarettet i Ystad för att skapa en god och säker vård för patienterna
- Fokus på det interprofessionella teamarbetet där professionernas kunskapsområde är jämbördiga och patientens vårdbehov är styrande
- Införa Kompetens- och tjänstemodellen lasarettsovergripande för sjuksköterskor samt starta upp arbetet för undersköterskor

Medarbetarskapet ska vidareutvecklas och tydliggöras där feedback uppmuntras och tillvaratas.

Kunskapen om vad som driver ett framgångsrikt ledarskap och vilka verktyg som finns att tillgå ska öka. Tillsammans ska samtliga verksamheter arbeta för att få engagerade, kompetenta och delaktiga medarbetare som tar ansvar i sin verksamhet.

Lasarettet i Ystad har fortsatt en utmaning i att rekrytera, behålla och vidareutveckla den kompetens som långsiktigt behövs för att säkerställa en god och säker vård. Faktorer som påverkar möjligheten att lyckas med långsiktig och hållbar kompetensförsörjning är en god och hållbar arbetsmiljö, ett aktivt medarbetarskap, ett närvarande och erfaret chefskap samt ett kontinuerligt lärande genom kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.